

精神科医療断想

2006年4月に、身体障害者、知的障害者に加え、精神障害者も対象とした「障害者自立支援法」が施行された。精神障害者に対する差別のひとつが解消されたことは高く評価できる。それに先立って、厚生労働省は、2003年度から「精神保健福祉改革」の具体的取り組みに向けてとし、精神保健の普及啓発、精神医療改革、地域生活支援体制の充実、早期退院・社会復帰の促進などのグランドデザイン案を提示した。日本の精神科医療における新たな展開が期待される時を迎えたといえる。これを機に、日本の精神科医療が抱えている基本的問題について私見を述べることにする。

ひとつは精神科病床数の問題である。日本は、絶対数においても、また人口比でも、世界最多の精神科入院患者をもつ国である。経済協力開発機構（OECD）によると、人口1万人に対する精神科の病床数は、英国10、カナダ4に対して、日本は28（全体では約34万床、日本の全病床数の4分の1）と突出している。平均在院日数も英国86日、カナダ22日と比べて、381日と長期にわたっている。1960年代以降、先進諸国が、「病院中心の医療から地域福祉へ」のノーマライゼーションの理念のもと、病床数を減らしてきたのに対して、日本の病床数は一貫して増加してきた。こうした中で、「社会的入院患者」の存在が問題化した。2002年に厚生労働省が行った患者調査から、精神科病院の入院患者のうち、21.7%、72,000人は条件が整えば退院できる可能性があり、国は2011年度までに5万人の滞留患者の退院を進めることとし、医療計画に基づく病床数の減を打ち出している。

いまひとつは精神科医療における医療法特例という優遇措置の問題である。1948年施行の医療法の精神科特例によって、精神科病院では一般病院の3分の1の医師と、3分の2の看護師でよいとされたのである。その分、精神科医療の診療報酬のみが不当に低く抑えられてきたのは当然である。これが総合病院の精神科が不採算部門の汚名を甘んじて受けざるをえない要因であり、このような医療差別が現在までまかり通っている事実は国民にはよく知られていない。

最後の問題は精神障害者に対する精神保健福祉施策の立ち遅れである。精神障害者の社会復帰、自立、社会経済活動参加の促進を実現するためには、精神障害者の地域生活を援助する施設と活動は喫緊の基本課題である。加えて、保健所を中心とする精神保健多職種チームの連携と、ケアマネージメントの援用による包括的地域精神科治療などを含めた総合的な自立支援システムの構築が重要である。厚生労働省から提言された「障害保健福祉施策（改革のグランドデザイン案）」の早急な実現が期待されるゆえんである。

上述した3つの基本的問題はそれぞれが円環的に作用して悪循環を形成し、日本の精神科医療の不備を規定してきたといえるだろう。これまで数十年にわたって、識者が指摘し、関係者が多大な努力をしてきたにもかかわらず、現在までに持ち越されてきた問題である。日本における精神障害者の処遇の歴史と、それを背後から支えてきたパラダイムが問題の核心である。その病根は根深い。ともすると、人権か治安かといった二項対立軸で、多分にイデオロギー色の色濃い文脈で論じられる傾向があった。大切なことは、いわばこうした抽象論ではなく、現実の医療のなかで弱い立場に置かれている個々の事例に即して、全体をバランスよく視野において最善を考える知恵ではないだろうか。そして、こうした現場での実践を支えるシステムをひとつひとつ構築していくことこそが、ひいては日本の精神科医療の充実・発展につながる王道といえるのではないだろうか。